FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1926

THÈSE

N°_____

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

BERNHARD ROSENFELD

Né le 5 Juin 1898, à Botosani (Roumanie)

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

DU VOLVULUS

DU COLON PELVIEN

Président : M. P. LECÈNE, *Professeur*

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

—

1926

LE DOYEN. . . . . M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER
Physique médicale	STROHL.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	N..
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECENE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	N...
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	N..
Clinique médicale	GILBERT. BEZANÇON. ACHARD. WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire	ROUVIÈRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
ABRAMI	Pathologie médicale
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale
AUBERTIN	Pathologie médicale
BASSET	Pathologie chirurgicale
BAUDOUIN	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.
BRANCA	Histologie.
BRULÉ	Pathologie médicale.
BUSQUET	Pharmacologie et matière médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CHAMPY	Histologie.
CHIRAY	Pathologie médicale.
CLERC	Pathologie médicale.
DEBRÉ	Hygiène.
I. de JONG	Anatomie pathologique.
DUVOIR	Médecine légale.
ÉCALLE	Obstétrique.
FIESSINGER	Pathologie médicale.
FOIX	Pathologie médicale.
GARNIER	Pathologie expérimentale.
HARVIER	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER	Urologie.
HOVELACQUE	Anatomie.
JOYEUX	Parasitologie.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER	Obstétrique.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
LEMIERRE	Pathologie médicale.
LÉVY-SOLAL	Obstétrique.
LHERMITTE	Pathologie mentale.
LIAN	Pathologie médicale.
MATHIEU	Pathologie chirurgicale.
METZGER	Obstétrique.
MOCQUOT	Pathologie chirurgicale.
MONDOR	Pathologie chirurgicale
MOURE	Pathologie chirurgicale.
MULON	Histologie.
PHILIBERT	Bactériologie.
RIBIERRE	Pathologie médicale.
RICHET Fils	Physiologie.
TANON	Pathologie médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VERNE	Histologie.
VILLARET	Pathologie médicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	
GOUGEROT	Pathologie médicale.
GUÉNIOT	Obstétrique.
RETTERER	Histologie.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM	
AUVRAY	Clinique chirurgicale.	LÉRI.	Clinique médicale.
CHEVASSU. . . .	Clinique chirurgicale.	LŒPER.	Clinique médicale.
LAIGNEL-LAVASTINE. .	Clinique médicale.	PROUST	Clinique chirurgicale
LEREBOULLET. .	Clinique médicale infantile.	RATHERY	Clinique médicale.
		SCHWARTZ . . .	Clinique chirurgicale

V. — CHARGES DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE ET A MON PÈRE BIEN-AIMÉS

Faible témoignage de profonde affection et de reconnaissance infinie, pour tant d'efforts et de dévouement.

A MES FRÈRES ET SŒURS

Je redis ma constante et fraternelle tendresse.

A TOUS MES PARENTS

Témoignage de grande affection.

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur P. LECÈNE

Professeur de Pathologie Chirurgicale
Chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis

Très respectueux et reconnaissant hommage.

A MON MAITRE

M. le Docteur Henri MONDOR

Professeur Agrégé a la Faculté de Médecine
Chirurgien des Hôpitaux

Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse et pour l'accueil aimable qu'il nous a toujours fait, nous exprimons nos bien vifs remerciements et l'hommage de notre reconnaissance.

A NOS MAITRES DE LA FACULTÉ ET DES HOPITAUX DE PARIS

Introduction

Toutes les parties mobiles du tube digestif sont susceptibles, sous l'influence de causes parfois évidentes, parfois mal déterminées, de subir des déplacements anormaux plus ou moins accentués, donnant lieu à des accidents mécaniques de gravité variable. Ces déplacements d'organes sont toujours en rapport avec leur degré de mobilité. Le déplacement ne se fait pas toujours de haut en bas, mais aussi latéralement, et il peut se produire aussi des rotations ou torsions de l'organe autour d'un axe, qui engendrent des accidents aigus, réclamant une intervention rapide.

Les torsions ou volvulus du tube digestif entier sont assez rares ; mais ce que l'on observe le plus souvent, ce sont des torsions partielles d'un segment du tube digestif. Ces accidents de volvulus s'observent surtout au niveau du côlon pelvien, et nombreuses sont les observations de volvulus de l'S iliaque publiées en France et surtout à l'étranger.

La connaissance du volvulus du gros intestin remonte à une époque assez lointaine. Déjà en 1837, Rokitansky, le premier, avait essayé de faire une distinction entre les diverses causes d'occlusion intestinale ; nous lui devons une classification des étranglements rotatoires de l'in-

testin. Mais les premières observations publiées de volvulus sont celles de Mackensie (1848), de Trousseau (1857) et de Melchiori (1859) qui institua des expériences sur la rotation du colon pelvien.

L'historique du volvulus du côlon pelvien, nous ne croyons pas devoir la donner, au début de ce travail, car l'énumération des auteurs sera bien longue ; on pourra d'ailleurs consulter pour cela la thèse d'Allard (Lyon, (1900). Les meilleurs travaux français en ce qui concerne le volvulus du côlon pelvien sont ceux de Lecène (1910) et de Forgue (1920).

Nous avons limité notre sujet à l'étude du « *diagnostic et du traitement du volvulus du côlon pelvien* » ; nous apportons une observation inédite due à M. le Docteur Mondor.

Nous adopterons le plan suivant :

1°) Etiologie.
2°) Symptômes.
3°) Evolution.
4°) Diagnostic (étiologique, différentiel et pronostic).
5°) Traitement.
6°) Observations.
7°) Conclusions.

Etiologie

Fréquence. — Influence de la race

La constitution anatomique toute spéciale de l'S iliaque fait que le volvulus est plus fréquent au niveau de cette portion de l'intestin.

Sa fréquence est difficile à préciser ; ainsi dans les statistiques de *Trèves*, le volvulus du côlon pelvien représente environ deux tiers de tous les cas d'occlusion intestinale ; *Leichtenstern*, sur 76 cas de torsion intestinale, en signale 45 du côlon pelvien, soit 52 pour 100.

Marcinkowski (Pologne), dans sa statistique personnelle (1903-1910) portant sur 21 cas d'occlusions intestinales, trouve 10 cas de volvulus de l'S iliaque, soit une proportion de 47 pour 100.

Au premier *Congrès yougo-slave* de médecine opératoire (sept. 1911), les statistiques fournies par divers chirurgiens forment un total de 318 cas d'occlusion intestinale, sur lesquels il y a 131 cas de volvulus, soit 41 pour 100.

Stelker (Russie), pendant 5 ans à l'hôpital d'Obouchoff à St-Pétersbourg, note sur 51 cas d'occlusion intestinale, 39 volvulus, dont 25 concernent l'anse sigmoïde.

Jankowski (Riga) ayant recueilli tous les cas de volvulus du gros intestin observés à l'hôpital de Riga pendant une période de 10 ans (1903-1913), trouve 53 volvulus, dont 48 de l'anse sigmoïde.

Faltin, à Helsingfors (Finlande) : sur 152 cas d'occlusion intestinale, trouve 78 volvulus, soit 51 pour 100.

Guibé, en faisant le total des différentes statistiques, trouve, sur 2315 cas d'occlusions intestinales, 392 volvulus de l'intestin, soit 16,9 pour 100. Le même auteur, en totalisant diverses statistiques, afin de fixer la fréquence du volvulus du côlon pelvien, trouve sur 471 cas de volvulus publiés :

235 cas de volvulus du côlon pelvien : 50 p. 100
50 cas de volvulus du cæcum : 10,5 p. 100.
162 cas de volvulus du grêle : 34,3 p. 100.
24 cas de volvulus divers : 5,2 p. 100.

Donc, c'est l'anse sigmoïde qui est le plus souvent tordue.

D'après les statistiques que nous venons de publier, il en résulte que le volvulus du côlon pelvien est très fréquent à l'étranger, surtout en Russie, Pologne, Allemagne et les Etats Balkaniques. D'après Kustnezow, les Israélites y seraient particulièrement exposés ; la moitié des cas concernerait des Israélites (Forgue). D'après Spassokoukotzky, ce sont les paysans qui se nourrissent de façon grossière qui sont surtout prédisposés au volvulus ; sur les 47 cas de volvulus de sa statistique, il ne trouve que deux citadins.

En France, on croit plutôt à la rareté du volvulus.

Tel n'est pas notre avis, car en jetant un coup d'œil sur les nombreuses observations qui ont été publiées depuis la guerre, l'on se rend bien compte que le volvulus est beaucoup plus fréquent aujourd'hui qu'on ne le pensait autrefois. Ce sont surtout les laparotomies, qui ont fait connaître la fréquence des volvulus en France ; aussi dirons-nous, avec M. J. Villette, que : « la fréquence actuelle des laparotomies fait observer cette affection dans un grand nombre des cas, où autrefois elle n'était pas même soupçonnée ».

L'Age.

Le volvulus du côlon pelvien est fréquent à l'âge adulte, mais sa fréquence est considérée qu'elle augmente avec la vieillesse, à partir de 50 ans, ce qui n'est pas exact. Le professeur P. Duval écrit à ce propos que : « Il est classique d'envisager le volvulus comme l'apanage de la vieillesse, cette notion est fausse ». En effet, on remarque actuellement qu'on rencontre aussi le volvulus chez l'enfant. Déjà, Leichtenstern a observé un cas de volvulus chez un enfant de 10 ans et P. Delbet cite un autre cas aussi chez une fillette de 10 ans. M. J. Villette cite un cas de volvulus chez une jeune fille de 17 ans, tandis que Labbé et Aizière citent la dilatation congénitale du côlon avec tendance au volvulus, chez un enfant de 5 ans.

Il y a de nombreuses autres observations publiées qui concernent de jeunes enfants et même des nourrissons (Pescator, Kredel) in *Duval loc. cit.* Frölich cite un volvulus de l'S iliaque chez un garçon de 3 ans.

Le sexe.

D'après les statistiques, l'homme paraît plus souvent atteint de volvulus que la femme. *Trèves*, dans sa statistique, trouve que le rapport des hommes aux femmes est de 80 à 20 ; d'après *Lichtenstern*, il est de 73 à 27. *Spassokoukotzky* (Smolensk) sur 47 cas de volvulus ne trouve que quatre femmes. *Liébaut*, dans sa statistique, trouve 14 hommes et seulement 2 femmes.

Mais ce qui paraît paradoxal, c'est de voir l'homme le plus atteint, alors que la femme soit plus prédisposée, étant sujette à de nombreuses causes de constipation.

Symptômes

Les symptômes du volvulus du côlon pelvien sont à peu près ceux d'une occlusion intestinale, mais ils présentent en plus des signes particuliers caractéristiques en rapport avec l'âge, les antécédents, l'inspection, la palpation, la percussion, etc.

A. — Période prodromique

L'étude des antécédents, chez un malade atteint d'un volvulus du côlon pelvien montre que celui-ci a rarement un début brusque et que, pour se constituer définitivement, il lui faut un temps plus ou moins long. Le malade qui est depuis très longtemps sujet à des crises de constipation opiniâtre, voit ses crises se répéter à des intervalles plus courts et se prolonger de plus en plus. La digestion se fait mal, il a l'appétit diminué et mange peu. Le malade sent le besoin d'aller à la selle, mais les évacuations sont rares, et parfois accompagnées de coliques. Il peut en même temps présenter des nausées, avec vomissements. Mais il arrive un moment, où, pour aller à la selle, les purgatifs et les lavements

deviennent nécessaires. Toutes ces crises se terminent par des débâcles de matières, à odeur forte, qui indique leur long séjour dans une partie du gros intestin. Les troubles digestifs vont en s'accentuant, le sujet a des maux de tête, sa langue est saburrale et il présente un ensemble de symptôme dont pas un n'est pathogmonique du volvulus.

C'est *la phase médicale du volvulus* (Roux), *préparatoire du volvulus* (Mazet), celle du succès du médecin, qui ne guérit pas, mais fait cesser les crises d'obstruction de l'intestin par des moyens médicaux, belladone, lavement du haut rectum, électricité, etc. C'est la phase où l'intervention chirurgicale est déjà indiquée, tout au moins préventiment, pour éviter l'éclatement de la crise aiguë du volvulus.

B. — Période de début

Il arrive qu'un jour, à la suite d'un écart de régime, soit après un repas copieux, ou à l'occasion d'un effort qu'une nouvelle crise survient, plus violente que les précédentes et immédiatement menaçante. Le malade ressent une *douleur brusque*, vive, très intense, localisée le plus souvent dans *la fosse iliaque gauche*, qui s'accompagne des signes fonctionnels et généraux habituels du volvulus.

La douleur, qui est presque toujours le premier symptôme d'occlusion, peut manquer (obs. de Potain), mais c'est très rare. Elle est brusque et syncopale, parfois dé-

chirante, véritable coup de poignard abdominal, rappelant la douleur de la crise appendiculaire. Elle présente des périodes de rémissions et d'exacerbations, synchrones aux contractions intestinales luttant contre l'obstacle. *Le siège initial* de la douleur paraît avoir son importance ; il indiquerait pour cetains auteurs le lieu de la torsion intestinale (Prioleau, Roux, Delore, etc.), le point d'étranglement (Ernest Besnier) ; mais elle ne tarde pas à s'irradier à tout l'abdomen.

Les vomissements peuvent exister tout à fait au début de l'occlusion ; ils sont alors alimentaires ou bilieux ; c'est là le vomissement initial réflexe, qui indique une irritation de l'intestin tordu. Mais ce qu'il est fréquent de voir, c'est l'*absence complète de vomissements, ou leur apparition tardive*. Filipowicz, sur 32 cas de volvulus iliaque, n'a remarqué que 2 cas, où il y avait des vomissements, et chez notre malade il y avait aussi absence de vomissements. L'absence au début des vomissements est très important à noter, car cela indique que le siège de l'occlusion est situé sur la partie basse du côlon (Forgue).

La constipation à cette période est presque absolue ; il y a arrêt des matières et des gaz et rarement l'on peut voir une selle, due à ce que le segment sous-jacent à l'occlusion se vide, soit spontanément, soit avec l'aide d'un lavement.

Le météorisme est précoce et considérable ; il est localisé et très net. C'est un signe de première importance, qu'il ne faut pas négliger pour diagnostiquer le volvulus, et que nous décrirons à la période d'état.

Le pouls est accéléré à 100, 110 ; la température reste nomale, la respiration est gênée. C'est le moment propice pour intervenir, car l'attente peut être désastreuse, en amenant du sphacèle de l'anse tordue, avec aggravation des phénomènes généraux.

C. — Période d'état

Après la période aiguë du début, qui peut durer 36 à 48 heures, on peut assister à une amélioration de certains signes fonctionnels, mais ce sont alors des signes physiques des plus nets qui viennent s'y ajouter, et qui indiquent le siège d'un obstacle sur le côlon.

a) Signes Fonctionnels. *La douleur*, qui au début est bien localisée et très intense, se calme et irradie dans tout l'abdomen ; elle monte vers l'ombilic, suit le trajet des colons ou gagne la région lombaire.

Les vomissements qui existent à la période de début, manquent à la période d'état ; mais s'ils se produisent ils sont rares, peu abondants, alimentaires ou bilieux. Ils sont très rarement fécaloïdes (15 % d'aprés Trèves et 6,75 % d'après Edgren) et d'après Jalaquier : « le vomissement fécal vrai est rare ». Ils ne deviennent fécaloïdes qu'aux stades ultimes de l'occlusion. On peut observer en même temps des nausées et du hoquet.

La constipation est définitive et absolue à cette période ; il y a arrêt complet des matières et des gaz, rien ne sort plus par l'anus et ce qui étonne beaucoup c'est l'absence ou le peu d'abondance des vomissements.

b) Signes Physiques. *Météorisme local. Signe de von Wahl.*

En inspectant le ventre, on observe *un météorisme local* très accentué et qui est un signe très important pour le diagnostic du volvulus du côlon pelvien.

C'est grâce à lui que von Wahl (*Centr. f. Chir.*, 1889, n° 9, pag. 153) a pu faire le diagnostic de quatre cas de volvulus. Roux, en 1877, c'est-à-dire antérieurement à von Wahl, avait pu diagnostiquer deux cas de volvulus, grâce au relief très net de l'anse étranglée avec différence de tonalité à la percussion.

Le météorisme local est très précoce et il ne faut jamais oublier de le rechercher. On le voit se dessiner dans *la fosse iliaque gauche* sous forme d'une voussure et constitue un des meilleurs signes de volvulus pelvien. Cette voussure correspond à la dilatation intestinale, qui débute toujours sur l'anse immédiatement sus-jacente à l'obstacle (von Wahl). Elle se traduit à la vue par *une asymétrie abdominale*, qui s'observe surtout en inspectant l'abdomen à jour frisant. C'est M. C. Bayer qui a insisté beaucoup sur la forme toute spéciale du météorisme : « le ventre du malade semble refoulé dans sa moitié supérieure vers la gauche, et dans sa moitié inférieure vers la droite ; cette forme de météorisme serait caractéristique du volvulus du côlon pelvien ». Cette déformation remarquée aussi par Léger, Watson, Kustnezow, Forgue, Bonnet et notre maître Mondor, existe plus accentuée à droite de la ligne médiane et est due à ce que l'anse sigmoïde distendue et énorme s'étend plus vers la droite.

L'anse dilatée ne présente aucun mouvement péristal-

tique, elle est *immobile*, car sa musculature est vite paralysée à cause de la striction des vaisseaux et des nerfs produits par la torsion.

A la palpation, on sent une augmentation de résistance de la paroi, qui est tendue par l'anse dilatée, élastique, peu dépressible ; et qui, d'après *Von Wahl*, donne l'impression d'un cylindre membraneux, tendu et rempli d'air. Cette résistance toute particulière, a été déjà signalée en 1887, par Roux de Lausanne et il est bien de la rechercher systématiquement dans le volvulus.

A la percussion, on obtient une sonorité exagérée, *un son tympanique* à timbre spécial et que Kiwull a décrit sous le nom de « *ballon-symptôme* ». Ce symptôme, qui est dû à la dilatation de l'anse volvulée, est encore plus net en combinant la percussion avec l'auscultation, qui permet de percevoir une résonnance métallique, analogue à celle que provoque la percussion d'un ballon en caoutchouc, et que Kiwull déclare comme caractéristique du volvulus.

Ne pas oublier *le toucher rectal*, qui montre que le rectum est libre, sans obstacle, à muqueuse souple et parfois le doigt poussé à fond pourra sentir à sa partie supérieure un canal rétréci, ou une striction valvulaire par coudure. *Le toucher vaginal* est négatif, tout au plus si on pourra sentir une tuméfaction bombant dans le Douglas (Forgue).

c) Signes généraux. A cette période, les signes de réaction péritonéale du début s'étant calmés, la température reste presque normale, le pouls est à 80-90, l'aspect du

malade est meilleur. Mais cette accalmie trompeuse et temporaire n'est pas du tout rassurante, car il y a toujours arrêt des gaz et des selles, qui indiquent un obstacle au niveau de l'intestin.

M. le professeur Lecène (in Thérapeutique Chirurgicale de Lecène et Leriche, tome III, 1926) écrit ceci, en ce qui concerne l'état général du malade : « L'état général n'est que peu touché pendant les premiers jours de l'existence d'un volvulus sigmoïdien : « *c'est en effet une occlusion « basse* » qui ne donnera qu'assez tardivement des accidents toxiques ou infectieux, on peut dire malheureusement ; car trop souvent, en présence de ce peu d'atteinte de l'état général, on perd du temps et on attend, en faisant une thérapeutique symptomatique illusoire ».

Donc, nous pouvons conclure que, malgré l'état général médiocre du malade, le danger est grand et que c'est le moment pour le chirugien d'y intervenir, car vouloir attendre, c'est s'exposer à des lésions irréparables : à la gangrène avec perforation intestinale et mort par péritonite.

D. — **Période terminale. — Péritonite**

Après une attente de plusieurs jours, trois à six en général, alors que l'état du malade était plutôt rassurant, on voit apparaître lentement des signes inquiétants et parfois même très alarmants. Des fois le passage d'une période à l'autre peut se faire très brusquement et en

l'espace de quelques heures la vie du malade est menacée.

Le malade présente un facies anxieux, il est pâle, avec les traits tirés, le nez pincé, les yeux excavés, la langue est sèche ; il présente de la dyspnée. Le pouls est petit, accéléré (120, 130, 150), filiforme ; la température est abaissée à 36°5 ou même 36°. Il y a hypothermie des extrémités, qui sont en même temps cyanosées, et le malade est couvert de sueurs froides profuses. Les vomissements, qui avaient cessé à la dernière période, réapparaissent bilieux, porracés. Nous sommes en pleine *péritonite.*

Le ventre se ballonne progressivement, en entier, par distension des anses au-dessus de l'obstacle, ainsi que par la péritonite hyperseptique, en faisant disparaître le météorisme local du début. A la percussion, l'abdomen est sonore dans toute son étendue ; la matité hépatique a disparu et parfois on peut trouver un peu de matité dans les flancs, due à un petit épanchement séro-sanguin, dans les parties déclives (Gangolphe, Pierre Delbet).

Tous ces signes vont en s'aggravant et le malade succombera si l'on n'intervient pas.

Evolution. — Pronostic

Le volvulus du côlon pelvien, une fois constitué et abandonné à lui-même, entraîne une aggravation des divers symptômes et se termine finalement par la mort. Il est très rare de voir un volvulus guérir seul par détorsion spontanée ; cependant, il y a des exemples : Ainsi, le malade cité par P. Delbet, au cours d'une discussion à la Société de Chirurgie de Paris, qui refusa l'intervention chirurgicale et lui envoya quelque temps après une lettre ironique et sévère pour lui apprendre qu'il était guéri, et M. Delbet de conclure : « Car je crois que, parmi les occlusions aiguës, il n'y a guère que celles dues à des volvulus qui puissent guérir spontanément ». De même, chez notre malade, où le volvulus a récidivé un an après l'intervention, l'état d'occlusion a persisté pendant vingt-deux jours, en se terminant par la guérison seule, le malade ayant refusé une nouvelle intervention chirurgicale. Ce ne sont que des cas exceptionnels, mais néanmoins qui existent.

La mort peut survenir vite ou lentement. Elle est souvent due *à une péritonite*, avec ou sans perforation de l'anse gangrenée ; soit à une *infection généralisée :* septicémie, pneumonie ; ou d'*origine réflexe :* collapsus

cardiaque. Elle peut aussi survenir par inanition du malade.

Tout dépend évidemment de la forme évolutive du volvulus.

a) Il y a *des formes aiguës*, où le début est brusque, l'évolution rapide et qui tuent le malade dès les premiers jours de la maladie.

b) Il y a par contre *des formes lentes* ou *mieux prolongées* où les symptômes sont atténués, où il y a des périodes de rémissions passagères et où la terminaison est lente et retardée.

Plusieurs facteurs agissent sur la gravité de chaque cas de volvulus, tel que : l'âge et la résistance du sujet, l'étendue du volvulus, la récidive, l'état antérieur de l'intestin (inflamation chronique), etc. Que l'on a affaire à une forme aiguë, ou à une forme lente, ce qui se pose devant le médecin, c'est de faire un diagnostic précoce, qui conduira vers un traitement. Mais il n'est pas rare de voir après l'intervention, suivie de succès, le volvulus récidiver et nombreuses sont les observations publiées de récidives de volvulus du côlon pelvien.

Diagnostic

Peut-on affirmer, en règle générale, à l'existence d'un volvulus du côlon pelvien, avant l'intervention ?

A l'étranger, les chirurgiens russes, allemands, scandinaves affirment que oui, le diagnostic est possible. Telles sont les opinions de Filipowicz, Obalinski, Heidenheim, von Wahl, Litschenko, Roux de Lausanne, etc.

En France, où l'on a considéré pendant longtemps le volvulus comme une affection rare, certains auteurs insistent sur la difficulté de faire un diagnostic. Tel n'est pas notre avis, et nous dirons que *le diagnostic de volvulus du côlon pelvien est possible*, et que sa longue méconnaissance et aussi peut-être cette croyance en sa rareté en France, est du uniquement à ce fait, qu'en présence d'une occlusion intestinale aiguë on ne pense pas assez au volvulus. A ce sujet nous reproduirons volontiers la phrase de M. le Professeur Forgue (1) : « Il est à considérer aussi, que les chirurgiens russes, polonais et bulgares, appelés à rencontrer fréquemment cette variété d'occlusion y *pensent davantage*, la connaissent mieux et la reconnaissent plus sûrement.

(1) Forgue. — Quelques précisions au sujet du volvulus de l'S iliaque. *Presse Médicale*, 10 Janvier 1920.

Ce qu'il faut faire, c'est un diagnostic étiologique des occlusions.

1°) *D'abord y a-t-il occlusion intestinale ?*

Certains accidents aigus peuvent prêter confusion avec l'occlusion, mais on peut facilement éviter l'erreur, par un interrogatoire et un examen minutieux du malade. Rechercher d'abord toute cause d'*étranglement herniaire*, par un examen attentif de tous les trajets herniaires. Evidemment, que s'il s'agit d'un volvulus intra-herniaire, le diagnostic sera impossible. Eliminer ensuite *les crises de coliques hépatiques* ou *néphrétiques* ; ou la torsion d'*un kyste de l'ovaire* qui rappelle par son début celui du volvulus du côlon pelvien, mais dans ce cas l'on n'aura pas de sonorité de la tumeur du bas-ventre, ni de mouvements péristaltiques et c'est par le toucher vaginal que l'on arrivera à différencier les deux affections.

L'appendicite sera éliminée par le siège du maximum de la douleur, par les crises antécédentes, par la contracture pariétale, par la fièvre, les vomissements, le météorisme, etc. Une fois le diagnostic d'occlusion posé, il faut préciser le siège de cette occlusion.

2°) *Le siège de l'occlusion.*

Il faut se demander si elle siège sur l'intestin grêle ou sur le gros intestin : la chose est le plus souvent possible.

Jalaguier (in Duplay et Reclus, Trait. de Chirg., 1898) écrit à propos du siège des occlusions ceci :

« Des vomissements *précoces*, fécaloïdes, indiquent une occlusion de la fin du grêle. Des vomissements *tardifs*, peu fréquents, sont plutôt en rapport avec un obstacle occupant le gros intestin ».

De même, la forme de l'abdomen qui est globuleux, son météorisme péri-ombilical projetant le ventre en avant, l'existence de mouvements péristaltiques, la douleur maxima provoquée dans la fosse iliaque droite, la précocité de l'atteinte de l'état général, la fréquence et l'abondance des vomissements nous fera faire *un diagnostic d'occlusion du grêle ;* tandis que la forme toute spéciale du ballonnement du ventre (signe de Laugier), avec son élargissement dans les hypochondres, l'absence ou le peu de vomissements, leur nature non fécaloïde, la persistance presque normale de l'excrétion urinaire, sera en faveur d'*un diagnostic d'occlusion du gros intestin.*

Mais tous ces signes n'ont de valeur réelle qu'au début de l'affection, car ils s'effacent à mesure que la maladie évolue.

3°) *L'occlusion siège sur le gros intestin ; est-elle due à un volvulus du côlon pelvien ?*

Le tableau clinique de cette affection est tellement net, qu'il ne saura être question de penser à une invagination, à un néoplasme ou à un étranglement par brides.

a) *L'invagination iléo-colique* est une affection qui s'observe dans le jeune âge et le diagnostic sera établi par les coliques de l'enfant, qui sont accompagnées de

selles glaireuses et sanguinolentes, et par le toucher rectal qui fait sentir le boudin d'invagination.

b) *Le néoplasme* est une cause fréquente d'occlusion, et peut prêter à confusion ; mais dans le cancer, le début et l'évolution des symptômes est tout différent de ceux du volvulus. La cachexie, le melæna, la rareté de la suppression absolue des gaz et des selles et l'existence d'une tumeur par le toucher, permettront de faire un diagnostic de cancer du côlon pelvien. De même par un examen rectoscopique, on pourra exclure le diagnostic de cancer, en se basant sur la netteté de souplesse de la muqueuse rectale et l'absence d'ulcérations ou de végétations.

c) *Les étranglements par brides* se traduiront par des signes analogues et ce n'est vraiment que par la laparotomie que le diagnostic sera possible.

Peut-on affirmer que le volvulus siège sur le côlon pelvien ? Oui ! le plus souvent c'est possible.

La douleur initiale dans la fosse iliaque gauche, le météorisme local, par dilatation de l'anse volvulée dans la fosse iliaque gauche et au-dessus du pubis, « le ballonnement inimitable » (Bonnet), le timbre spécial « ballon-symptôme » (Kiwull), ou le météorisme tel que l'a décrit Bayer ; l'apparition tardive des vomissements et leur peu d'intensité peuvent nous permettre d'affirmer l'existence d'un volvulus du côlon pelvien.

J. M. Litschenko (in Chirourguia, n° 197, mai 1913) rapporte que sur 14 cas de volvulus de l'anse sigmoïde opérés par lui, *11 fois le diagnostic fut établi avant l'in-*

tervention et 3 fois il ne put l'être par suite de l'existence de péritonite.

Voici d'ailleurs une liste incomplète d'auteurs ayant fait avec précision ce diagnostic avant l'intervention et dont nous publierons plus loin certaines observations :

Roux de Lausanne, von Wahl, Kiwull, Lennander, Bonnet, Alamartine, Roux de Brignolles, Lecène, Patel, Litschenko, Loubat, Savariaud, Villette, Mondor, Gruget, Leveuf, etc.

Mais c'est surtout *la radiologie* qui nous permettra de fixer le siège du volvulus.

Quels renseignements demander à la radiologie ? Ici nous laisserons la parole à M. J. Villette qui écrit dans le *Journ. des Sc. médicales de Lille*, janvier 1922 :

« Si le malade est en période de calme, le lavement « baryté injecté sous l'écran, fait généralement apparaî- « tre au premier coup d'œil la nature du mal, en mon- « trant l'anse iliaque anormalement longue, mobile et « bouclée autour d'un pédicule étroit. La pression sur ce « pédicule éveille une douleur symptomatique, qui rap- « pelle immédiatement au patient les douleurs survenant au moment des crises.

« Si le malade est en période d'occlusion complète, le « lavement opaque indique instantanément le siège de « l'obstruction de la fosse iliaque gauche et le diagnos- « tic n'est plus guère hésitant qu'entre le volvulus et le « cancer sténosant de l'S iliaque qui sont, en pareil cas, « les affections les plus communes ».

Donc, nous pouvons conclure que dans la limite des possibilités, il vaudra mieux se servir des rayons X pour diagnostiquer le siège du volvulus.

Chose importante, ce qu'il faut, c'est un diagnostic précis ; or il n'est possible que si le médecin est appelé dès le début de la maladie quand les symptômes de volvulus pelvien sont très nets.

Traitement

Une fois le diagnostic de volvulus du côlon pelvien posé, il ne saurait être question de traitement médical, ni même de tenter ces ridicules moyens de détordre le volvulus en imprimant au malade de violentes secousses comme on a tenté de le faire. Ce que le médecin doit savoir, c'est qu'il a entre ses mains la vie du malade et que le traitement du volvulus ne peut être que chirurgical. A ce propos, M. le Professeur Forgue écrit : « Le praticien a le devoir actuellement, d'abréger les délais d'observation et d'inefficace secours médical : il faut que les médecins sachent qu'ils ont dans la main l'avenir et l'amélioration de nos résultats opératoires ».

Que faut-il faire en présence d'un malade en occlusion intestinale aiguë grave, par volvulus du côlon pelvien ?

Question très difficile à résoudre par une formule, car il s'agit d'une occlusion aiguë grave et les chirurgiens se trouvent en face de deux opérations possibles : l'*entérostomie ou l'anus artificiel et la laparotomie.*

Laquelle choisir ? Depuis longtemps déjà, il y a eu des discussions animées à la Société de Chirurgie de Pa-

ris sur l'utilité *de l'anus contre nature* dans les occlusions intestinales aiguës graves, et celui-ci a reçu l'assaut de la part des opposants et des défenseurs de cette méthode. Sans avoir la prétention de vouloir trancher cette question, nous pouvons dire que si des auteurs comme Broca, Peyrot, Hartmann, Schwartz, Michaux, Routier, etc., ont prétendu comme mauvaise cette méthode dans l'occlusion aiguë grave ; elle *est déplorable et à rejeter* dans le volvulus, car elle laisse persister l'obstacle.

Tout le monde est aujourd'hui d'accord pour affirmer qu'il y a distension énorme de l'anse volvulée et qu'un anus contre nature, sera toujours placé sur cette anse distendue qui se présente la première. Le résultat sera le suivant : l'anse fistulisée se videra de son contenu, mais l'obstacle persistant toujours, la circulation du courant intestinal ne se fera pas et si l'étranglement est serré l'intestin continuera à gangréner et donnera une péritonite généralisée par perforation.

Le Professeur Lecène, fistulisant par erreur un volvulus du côlon pelvien, alors qu'il croyait avoir fistulisé le cæcum, vit les accidents d'occlusion disparaître tant que l'anus artificiel fut perméable. Mais il ajoute : « Evidemment, cette évolution favorable n'est possible, je le répète, que *si le volvulus n'est pas trop serré* : autrement les accidents de gangrène surviendraient fatalement, par suite des troubles vasculaires dus à la constriction des vaisseaux de méso ».

Et il termine ainsi : « Inutile d'ajouter que, malgré le résultat favorable obtenu dans ce cas, je suis absolu-

ment opposé à la pratique de l'anus artificiel dans le volvulus : cette méthode est d'ailleurs jugée et si j'ai publié ce cas, c'est à titre de curiosité et non pour ériger mon erreur en méthode de traitement ».

Donc nous pouvons conclure, *que l'anus contre nature est une mauvaise opération et tout à fait contre-indiquée dans le traitement des occlusions aiguës par volvulus.*

Or, cet anus contre nature, c'est l'opération classique de règle pour les occlusions des vieillards. Il importe de réagir contre cette règle. Il faut — c'est de toute importance — s'appliquer à faire le diagnostic précis. Il ne suffit plus de dire aujourd'hui : c'est une occlusion, c'est un iléus, il faut dire : *c'est un volvulus du côlon pelvien*. Et dès lors l'idée d'un anus iliaque apparaîtra irraisonnable.

Il y a peu de temps encore, à la Société de Chirurgie (séance du 27 octobre 1920), M. Quénu disait : « La question du traitement des occlusions intestinales revient périodiquement devant la Société ; nous avons tous conclu dans la dernière discussion que la date des accidents et l'état du ballonnement du ventre commandent le choix de l'opération, et que, quelle que soit la cause, quand il s'agit de ventre ballonné à l'excès, *il convient de recourir à l'opération palliative minima*, c'est-à-dire à la fistule ; sans doute *on laisse la cause de l'occlusion*, celle-ci peut amener, malgré l'opération palliative, une perforation, une gangrène, mais c'est une chance à courir et l'expérience montre que courir cette mauvaise chance

vaut mieux que la presque certitude de la mort donnée par la laparotomie avec recherche de la cause ».

Et M. Okinczyc avec raison de dire : « On a beaucoup médit de l'*exploration* au cours de l'occlusion, et, certes, je n'en méconnais pas les dangers. Je crois, cependant, que si le diagnostic de la cause n'a pu être fait par l'exploration clinique, *cette exploration chirurgicale est indispensable ;* l'entérostomie, la fistule cæcale, l'anus iliaque, n'empêchent pas un intestin invaginé, tordu, étranglé, ou aux dernières limites de la distension, de se perforer, même après l'établissement d'une dérivation ».

Donc, nous pouvons conclure, qu'il faut toujours faire *une laparotomie* qui, comme l'a indiqué Okinczyc (1), sera *exploratrice*, en même temps que *curative*.

C'est elle qui permettra de constater la nature exacte de l'obstacle et de régler l'acte chirurgical, suivant la nature des lésions trouvées. Il n'y a pas à craindre le danger des anesthésiques, chez les vieillards ou les malades à mauvais état général, car rien n'est plus simple et plus facile, que de faire une incision sous anesthésie locale : opération bénigne, qui fut faite d'ailleurs chez notre malade un vieillard de 76 ans, et qui l'a très bien supportée, sans choc et sans le moindre inconvénient.

Une fois l'abdomen ouvert, le volvulus étant reconnu, il faut agir sur la cause qui a provoqué l'occlusion et assurer l'évacuation du contenu intestinal. Deux opérations sont possibles : *la détorsion* et la *résection*.

---

(1) Okinczyc. — Discussion sur le volvulus de l'S iliaque. *Bull et Mém. Soc. de Chirg.* Séance, 12 Janvier 1921.

A) *La détorsion* est le traitement de choix, souvent facile à faire ; c'est aussi l'intervention d'urgence, qui rétablit le courant intestinal, évite la gangrène, à condition seulement que l'anse ne soit pas déjà sphacelée, ou d'aspect noirâtre et douteux. Une fois l'anse détordue, essayer de vider l'intestin par introduction d'une grosse sonde dans le rectum (Jaboulay, Loubat, Mondor, etc.), soit par ponction au trocart au niveau d'une des bandelettes longitudinales du gros intestin (Kocher, Lecène, etc.).

Les inconvénients de la détorsion simple, ce sont *les récidives* du volvulus, qui sont fréquentes :

Obalinski, sur 15 cas opérés par lui a observé 4 récidives.

Finsterer sur 48 cas opérés par lui a observé 13 récidives.

La liste des auteurs qui ont cité les récidives du volvulus sera trop longue, pour que nous puissions la donner en entier ; nous allons citer seulement quelques-uns des auteurs : Roux (de Lausanne), Viguier, Bloodgood, Lecène, Baradouline, Marcinkowski, Jankowski, Litschenko, Leveuf, Mondor, etc.

Pour éviter ces récidives, certains auteurs préconisent la colopexie après détorsion de l'anse, suivant le procédé de Roux (de Lausanne), 1894, qui consiste de pratiquer la fixation large du côlon sigmoïde au péritoine pariétal, dans la fosse iliaque gauche. Chez notre malade, malgré son âge avancé et son état de faiblesse, la colopexie a été faite, justement pour éviter la récidive. Cette colopexie est à notre avis nécessaire, et il vaut mieux

la pratiquer chaque fois, ayant en vue l'opposition que pourra faire ultérieurement le malade, de se laisser de nouveau opérer. Ce que nous estimons, c'est que le seul moyen vraiment radical pour éviter les récidives, c'est la résection complète de l'anse volvulée.

B) *La résection.*

C'est la conduite la plus logique dans le volvulus du côlon pelvien, car l'on supprime du coup cette anse si dilatée, qui est une cause de stase intestinale et qui a si souvent tendance à récidiver. Elle devient un traitement de nécessité sur une anse complètement gangrenée, prête à la perforation et à la suppuration ; c'est un foyer de nécrose qu'il faut éliminer sans tarder du ventre, si l'on ne veut pas courir à des risques de péritonite.

La résection a été préconisée par certains auteurs dans tous les cas de volvulus et à n'importe quelle période de la maladie, ex. : Finsterer (23 cas, avec une mort), Guimbellot, Klindt, Alglave, etc.

Nous allons maintenant voir dans quelles conditions la résection s'impose.

1°) En cas de première crise aiguë de volvulus et en présence d'une anse intestinale intacte, de couleur rosée, non sphacélée, à méso intact, chez une personne dont l'aspect général semble un peu inquiétant, nous croyons que la meilleure des choses est de faire une détorsion de l'anse, suivie ou non de colopexie, suivant que l'état du malade le permet ou non, de prolonger l'opération.

Si le malade est jeune et robuste, certains auteurs en-

tre lesquels Finsterer et Alglave préconisent de réséquer l'anse et anastomoser bout à bout immédiatement.

2°) S'il s'agit d'une anse serrée, d'aspect noirâtre, douteux, *mais non gangrenée*, la seule conduite raisonnable est de suivre les conseils de M. Lecène (*Rev. de Chirg.*, 1910), qui a très bien étudié la question de la résection de l'anse pour volvulus et qui est partisan de l'opération en deux temps. Il conseille de pratiquer d'abord la détorsion et quinze jours après de réintervenir de nouveau pour réséquer l'anse volvulée.

3°) Si on se trouve en présence d'une *anse gangrenée*, « la résection en deux temps est absolument nécessaire » (Lecène) (1) ; et la meilleure méthode semble être la résection immédiate de l'anse volvulée extériorisée, avec abouchement des deux bouts en canon de fusil à la paroi, et cure secondaire de l'anus contre nature en canon de fusil ainsi créé, opération préconisée par P. Duval et Lecène.

---

(1) Lecène. — In Thérapeutique Chirurgicale de Lecène et Leriche Tome III, 1926.

Observations

Nous donnerons d'abord en entier l'observation inédite de volvulus due à l'obligeance de M. le Docteur H. Mondor, puis le résumé de certaines observations où le diagnostic de volvulus du côlon pelvien a été fait et qui nous ont paru les plus intéressantes.

OBSERVATION I

(*Inédite*)

Observation due à M. le Docteur H. Mondor

Je suis appelé, le 27 juin 1924, par le Docteur Dubranle, auprès de M. B.., âgé de 76 ans, qui présente les signes les plus nets d'occlusion intestinale aiguë : énorme météorisme et tympanisme, absence de selles et de gaz, douleurs atroces dans le bas-ventre, état nauséeux, algidité, oligurie, langue sèche, teint ardoisé, hypothermie. Cette occlusion est à son 7e jour ; elle a été vainement traitée par les lavements et les laxatifs.

Lorsqu'on examine attentivement le ventre de ce vieillard, on remarque l'asymétrie très nette du météorisme. Le ventre semble ovoïde à grand diamètre, dirigé de l'hypocondre gauche à la fosse iliaque droite, et à grosse extrémité à droite et en bas. La distension du ventre est considérable. Cette distension géante et cette asymétrie du ventre font penser au

volvulus du colon. Le diagnostic est facilement confirmé par l'examen de l'anus, par le toucher rectal et par l'interrogatoire.

Les parois de l'anus sont tuméfiées, violacées, œdématiées : le malade croit à une crise hémorroïdaire. Au toucher rectal, on sent nettement en haut et en avant du rectum une résistance pâteuse. Enfin le malade nous apprend trois notions importantes : 1° L'existence d'une crise assez comparable sept à huit ans auparavant ; 2° Le gros volume habituel de son ventre et les crises de ballonnement ; 3° L'échec des tentatives de lavements depuis huit jours, en particulier l'impossibilité de faire passer plus d'un verre d'eau. Je portai avec confiance le diagnostic de volvulus du colon pelvien et j'interviens aussitôt.

A cause de l'état grave, je choisis l'anesthésie locale.

A cause du diagnostic de volvulus, je fis mettre en place en guise de grosse sonde rectale un gros et long tube de caoutchouc.

L'incision sur la ligne médiane une fois faite, l'anse distendue fit irruption avec cette force et ces dimensions qui font toujours l'étonnement des médecins présents. Cette énorme chambre à air était le colon pelvien tordu de 3/4 de tours autour de son méso. La détorsion en fut très facile et sans aucune douleur. J'observai sur ce méso des suffusions hémorragiques mais aucune grave altération. J'avais hâte de vider ce côlon qui, dans l'état de distension semblait avoir perdu « tout droit de domicile ». La sonde rectale put être poussée dans l'intestin et l'évacuation commença. L'abondance des écoulements me permit l'affaissement complet de ce côlon monstrueux et sa remise en place dans le ventre. Avant de refermer, je fixai par deux points au péritoine pariétal l'anse flasque dont la longueur impressionnante semblait annoncer les récidives de volvulus.

Les suites opératoires furent bonnes, dès le premier jour. Le malade quitta la maison de santé au 13e jour.

Depuis il s'est, dans l'ensemble, très bien porté ; il a 78 ans. Mais il y a quelques mois une nouvelle occlusion a éclaté qui a duré 21 jours. Le malade ne voulait pas être opéré de nouveau et cette récidive semblait devoir l'emporter. Quand un jour la débâcle diarrhéique survint qui arrangea tout.

OBSERVATION II

Kiwull (in Bobier. Thèse de Paris, 1895-1896).

O. D..., 50 ans, paysan, fut pris le 23 juillet 1892 de douleurs provenant de coliques, qui persistèrent jusqu'au 27 juillet. Pendant ces quatre jours le malade a eu quelques selles glaireuses et des vents ; mais à partir du 27 juillet la constipation est absolue et les douleurs insupportables. Fut transporté et admis à l'hôpital de Wenden le 31 juillet.

Examen : pas de selles, ni de gaz ; éructations constantes, douleurs abdominales, pas d'hernie, abdomen gonflé et asymétrique. Tympanisme étendu à tout l'abdomen ; pouls 78 et température 37° 2.

Diagnostic : Volvulus de l'anse sigmoïde. Laparotomie : anse sigmoïde tordue d'environ 270°. Détorsion spontanée et introduction par le rectum d'un gros tube de drainage jusque dans l'anse, fermeture de l'abdomen. Guérison (le malade quitte le lit le 15e jour) ; il se porte admirablement bien.

OBSERVATION III

Prof. Roux (de Lausanne),

(Revue médicale de la Suisse romande, 20 janvier 1894)

Mme L. M. G..., âgée de 50 ans, n'a jamais été malade. Mère de 7 enfants elle a toujours eu une digestion excellente, des selles régulières sans aucune constipation.

Le 17 juillet 1887, est surprise brusquement par des violents maux de ventre, avec arrêt complet de selles et de gaz. Un purgatif demeure sans effet. Le lendemain son médecin lui prescrit des lavements, mais sans résultats. Le 19 le météorisme augmente, de même que les douleurs. Nous voyons la malade pour la première fois le 19 juillet au soir. Abdomen régulièrement ballonné, pas très tendu, douloureux spontanément et à la pression seulement au niveau de la voussure, qui est à gauche de l'ombilic. Ni gaz, ni selles ; éructations fréquentes sans vomissements. Un nouveau lavement reste sans effet.

Le 21 juillet : Le ventre est encore plus ballonné, très tendu, le gros intestin aussi. La voussure est toujours visible. Diagnostic : volvulus de l'S iliaque. Laparotomie séance tenante, dans une petite galerie ; anse dilatée formée par l'S. iliaque, qui est tordue sur elle-même de deux tours. Volvulus à type « rectum en avant », détorsion, réduction, suture et pansement. Jusqu'au soir quatre selles abondantes. Le 2 août guérison complète.

Récidive, en décembre 1893, donc six ans après. Nouveau diagnostic d'iléus par torsion de l'S iliaque, vérifié et confirmé par la laparotomie. Détorsion et fixation de l'anse à la paroi abdominale et guérison.

OBSERVATION IV

Bonnet (Lyon Chirurgical, Séance 1er déc. 1921, p. 354)

Un homme de 65 ans était amené à l'Hôtel-Dieu le 14 novembre dernier, son médecin ayant diagnostiqué une occlusion intestinale. Il était malade depuis cinq jours seulement et n'avait pas vomi.

Examen : abdomen ballonné de façon toute particulière : le terme de ballonnement rend à la lettre la forme arrondie de

cet abdomen, tendu, sonore comme un ballon immobile. Météorisme prédominant plus dans la fosse iliaque droite.

Les infirmiers qui avaient transporté le malade avaient été frappés d'entendre ce qu'ils appelaient « un bruit d'orage » se passant à l'intérieur de l'abdomen.

L'aspect de ce météorisme abdominal me rappela aussitôt celui des malades que j'avais aidé autrefois, mon maître Jaboulay, à opérer, et je fis d'emblée le diagnostic de volvulus du colon pelvien.

L'interne de garde, le Docteur Reynier, qui avait vu le malade avant moi et avait fait un toucher rectal, vint me dire qu'il avait pensé au même diagnostic, se rappelant, lui aussi, les malades inoubliables de Jaboulay, qu'il avait vu opérer, étant externe.

Laparotomie médiane, une anse formidable, épaisse comme une cuisse d'adulte, remplit la plaie ; il s'agissait du colon pelvien, tordu en apparence. Introduction d'un tube de caoutchouc de la largeur d'un pouce par l'anus, l'anse se vida de ses gaz et matières liquides noirâtres. Réintégration de l'anse et fermeture de la paroi. Le lendemain, état général du malade très amélioré. Le surlendemain, l'état s'aggrava : des vomissements noirâtres apparurent, le pouls était très irrégulier et le malade succomba dans l'après-midi.

OBSERVATION V

Alamartine : Lyon-Chirurgical, séance 1er décembre 1921)

Soldat serbe âgé de 28 ans, en traitement pour paludisme, et qui, 24 heures avant qu'il me fût montré, avait été pris d'une douleur abdominale vive avec vomissements. La température était normale ; existence de péristaltisme intestinal et un météorisme localisé à la fosse iliaque gauche et au-dessus du pelvis.

Diagnostic : occlusion intestinale, probablement par volvulus du colon pelvien. Laparotomie médiane en juin 1916, qui confirma le diagnostic ; anse tordue à deux tours de spire, rectum en avant. Détorsion facile, mais l'intestin présentait l'aspect classique de l'infarctus mésentérique : résection rapide en laissant les deux bouts dans la plaie. Guérison. Au bout d'un mois, je l'évacuai sur la France avec son anus en canon de fusil. Depuis, je l'ai perdu de vue.

OBSERVATION VI

Roux de Brignolles : (in thèse Chassagnard, Bordeaux, 1908-1909)

Femme de 50 ans : avec constipation opiniâtre, gros ballonnement du ventre, état grave. Occlusion aiguë datant depuis 3 jours, accompagnée de vomissements et hoquet, facies abdominal, pouls lent et petit.

Diagnostic : étranglement interne par volvulus pelvien, ou tumeur pelvienne.

Laparotomie : anse énorme, tordue ; détorsion, après affaissement de l'anse par sonde rectale, fixation à la paroi abdominale. Sonde à demeure pendant 8 jours. Guérison.

OBSERVATION VII

Patel (Soc. de Chirurgie Lyon, séance du 8 janv. 1914)

Mlle C..., 48 ans. Solide campagnarde, qui n'a jamais eu de maladies antérieures graves et qui ne se plaint que d'une constipation opiniâtre.

En septembre 1913, elle ressentit brusquement, sans cause apparente, une vive douleur dans la partie inférieure de

l'abdomen, qui se continua pendant 3 jours sans interruption, et que rien ne pouvait calmer. Abdomen météorisé, tendu et douloureux ; pas de vomissements. Constipation absolue et les lavements demeurèrent sans effet. Le 4e jour une débâcle de matières intestinales et tous les phénomènes cessèrent.

A la fin du mois de novembre 1913, un second accès, identique au premier, se produit, mais il dura huit jours.

Depuis, le malade se mit à souffrir de l'abdomen.

Je vis la malade pour la première fois, le 14 décembre 1913. État général assez bon ; abdomen tendu et météorisé dans sa partie inférieure. A la palpation on sentait dans la fosse iliaque gauche une anse intestinale très distendue, clapotante, douloureuse, que l'on pu voir se dessiner sous une paroi amincie, et qui décrivait une boucle dont le sommet atteignait l'ombilic.

Le toucher vaginal était négatif. Le toucher rectal ne permettait de sentir absolument rien d'anormal.

La présence d'un obstacle siégeant sur l'S iliaque était évidente ; la rectoscopie confirma le diagnostic qu'il s'agissait d'une torsion, d'un nœud du gros intestin.

Laparotomie le 17 décembre 1913 ; anse sigmoïde volumineuse, très distendue, tordue. Détorsion facile et anastomose de la partie moyenne de l'anse sigmoïde à l'intestin grêle. Trente jours après. Guérison complète.

OBSERVATION VIII

Loubat (Journ. de Médecine de Bordeaux, n° 19, déc. 1921)

M. X..., 61 ans, entre à l'hôpital Saint-André le 30 avril 1921, dans le service du Prof. Chavannaz, où il est examiné par M. Loubat.

Il présente, depuis 48 heures, une douleur violente surve-

nue brusquement, dans la partie inférieure de l'abdomen. Il y a arrêt complet des matières et des gaz ; le ventre est distendu, quelques nausées, mais pas de vomissements.

L'interrogatoire ne révèle aucun antécédent pathologique digne d'être signalé ; cependant, depuis un an, le malade a observé quelques irrégularités dans le fonctionnement de son tube digestif, consistant en périodes espacées de constipation pendant deux ou trois jours.

L'examen décèle un état général très atteint, et ce qui frappe le plus, c'est le ballonnement énorme du ventre, qui est sonore partout (timbre tympanique). La matité hépatique est absente. Les orifices herniaires indemnes. Le toucher rectal donne la sensation que le doigt s'enfonce dans un conduit de plus en plus rétréci, à parois souples et molles. Pas de tumeur.

Diagnostic : volvulus certain de l'S iliaque.

Intervention : rachianesthésie et laparotomie médiane, cinquante heures environ après le début des accidents. Anse énorme, tordue, il s'agit de l'S iliaque en volvulus, rectum en avant. Détorsion facile, introduction d'une grosse sonde par l'anus, évacuation des matières. Comme l'anse est en bon état on se contente d'une simple fixation à la paroi, pour ne pas prolonger l'opération.

Pendant 24 heures l'état général se relève ; mais 24 heures après le malade succombe par congestion pulmonaire, par des phénomènes d'asphyxie — suivies de défaillance cardiaque, vérifié à l'autopsie. —

OBSERVATION IX

Savariaud : (Soc. de Chirurgie, 2 février 1921)

Soldat à sa 2e crise d'occlusion et que je vis le 3e jour d'une crise très violente exaspérée par une purgation. Je « flairai »

le volvulus, je fis même ce diagnostic ferme et pourtant je m'abstiens d'opérer, après avoir fait une rachianesthésie, parce que le malade affirma avoir rendu des gaz et des matières la veille et je crus à une détorsion spontanée du volvulus.

Le lendemain le malade était mourant.

Laparotomie : énorme volvulus iliaque verdâtre réséqué entre deux ligatures : barrage de compresses pour protéger le grêle du foyer pelvien, horriblement septique. Guérison après abouchement à la peau. Impossibilité dans un second temps de rétablir la continuité de l'intestin, à cause de la brièveté du bout inférieur : l'anus contre nature est définitif.

OBSERVATION X

J. Villette : (Journ. des Sc. médicales de Lille n°5, 29 janvier 1922).

Mlle Marthe D..., ouvrière agricole, était sujette depuis trois ans, à des crises subites de douleurs dans la fosse iliaque gauche, tellement vives, qu'elle était forcée d'arrêter instantanément son travail.

La jeune fille n'avait pas de vomissements et l'émission des gaz n'était pas arrêtée, du moins en apparence. Les crises devenaient de plus en plus fréquentes : plusieurs fois par semaine, à la fin. Plusieurs médecins consultés ne purent faire de diagnostic précis ; l'un d'eux suggéra l'hypothèse d'une appendicite à gauche.

Je proposai un examen radioscopique du gros intestin par lavement opaque. Il montra une S iliaque extrêmement longue, dont le sommet était au-dessus de l'ombilic ; cette anse était verticale, bouclée à la partie inférieure, au niveau d'une sorte de pédicule, dont la palpation éveillait facilement la douleur ressentie pendant les crises. Le diagnostic de volvulus intermittent était ainsi rendu évident .

Opération le 26 octobre 1920. — Laparotomie, qui montre l'S iliaque tordue d'un quart de tour, en sens inverse des aiguilles d'une montre. Détorsion et fixation de l'anse au péritoine pariétal postérieur. Guérison en quelques jours ; aucune crise n'est survenue depuis quinze mois.

OBSERVATION XI

Gruget (de Laval) : Bull. et Mém. Soc. de Chirurgie, 19 déc. 1925. Rapport de M. G. Küss.

M. P..., maréchal ferrant, 43 ans, est adressé au Dr Gruget le 29 juillet 1923, vers 20 heures, pour des accidents d'occlusion intestinale. Celui-ci voit le malade à 1 heure du matin, qui lui raconte qu'il a été pris le 28 au matin de douleurs abdominales atroces ; il a vomi dans la journée deux ou trois fois et presque toute la journée du 29. Il n'est pas allé à la selle et n'a pas rendu de gaz.

Examen : état général bon ; température 37°2 ; pouls 110. Ventre peu ballonné, sensible surtout dans la région hypogastrique et iliaque gauche. A ce niveau, zone de défense musculaire plus marquée et tympanisme plus accusé que dans le reste de l'abdomen. Pas de péristaltisme. Toucher rectal négatif. A la fin de l'examen vomissement bilieux. Le malade est d'habitude un peu constipé.

Diagnostic : occlusion liée probablement à un volvulus de l'S iliaque. — Laparotomie médiane, sous rachianesthésie : anse iliaque volumineuse, tordue de 180° de gauche à droite, intacte. Détorsion, colopexie, guérison (le malade quitte la clinique en bon état général et local 16 jours après l'intervention).

Conclusions

De l'étude des observations que nous avons pu recueillir, nous pouvons dégager les conclusions suivantes :

1°) Le volvulus du côlon pelvien est une maladie bien connue aujourd'hui, quant à son anatomie pathologique et à sa pathogénie.

2°) Le volvulus du côlon pelvien n'est pas aussi rare en France qu'on le pensait autrefois, et la croyance que c'est une maladie de la vieillesse, est complètement fausse, car on l'observe aussi chez l'enfant et même chez le nourrisson.

3° Le volvulus est le résultat d'une disposition anatomique acquise ou congénitale du côlon pelvien (mégacôlon) et que la constipation joue un rôle important, mais accessoire seulement dans la dilatation de l'anse et la production du volvulus pelvien.

4°) Le diagnostic est possible, grâce à sa symptomatologie qui est aujourd'hui nettement établie ; ce qu'il faut : c'est un diagnostic précoce.

5°) Le traitement médical est inefficace et fait perdre un temps précieux pour le chirurgien.

6°) Le traitement chirurgical est le seul qui convient au volvulus du côlon pelvien. La seule logique est de faire un laparotomie suivie de détorsion, évacuation et colopexie suivant le cas, et ne faire la cure radicale que dans une seconde intervention, quinze jours après, en réséquant « à froid » l'anse, pour éviter la récidive.

7°) L'observation que nous rapportons nous permet de prouver que la laparotomie, la détorsion de l'anse, l'évacuation de l'intestin, peuvent être faites à l'anesthésie locale.

8°) Mais le but de notre thèse était surtout le suivant : montrer que le diagnostic de volvulus est possible et que ce diagnostic une fois fait, on n'expose plus le malade à l'erreur de l'anus iliaque, opération d'urgence trop souvent pratiquée à la légère.

Vu le Doyen, *Vu le Président,*

ROGER. LECÈNE.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

LAPIE.

Bibliographie

Alglave. — A propos du volvulus de l'S iliaque. — *Bull. et Mém. Soc. de Chir.*, Paris, 9 mars 1921.

Allard. — Thèse de Lyon, 1900.

Aubert et Weill. — Deux cas de volvulus. — *Marseille Méd.*, n° 9, 1er mai 1910.

Bloodgood (Baltimore). — *Annals of Surgery*, 1909, t. XLIX, n° 2, février p. 161-182.

Baradouline (Moscou). — Un cas de volvulus récidivé de l'anse sigmoïde ; opération radicale. — *Chirurgui*, n° 169, janvier 1911.

Bobier. — Thèse de Paris, 1896.

Bonnecaze. — Thèse de Paris, 1924.

Bonnet. — Volvulus du colon pelvien. — *Soc. Chir. Lyon*, 1er déc. 1921, p. 354-361,

Broca. — Rapport. — *Bull. et Mém. Soc. de Chir.*, 23 juin 1897.

Bundschuh (Fribourg). — A propos du volvulus du gros intestin. — *Beiträge zur Klinischen Chirurgie*, t. LXXXV, fasc. 1, 1913.

Chalier. — Volvulus du colon pelvien. — *Sc. nat. de Méd. de Lyon*, 29 avril 1912.

In Duplay-Reclus. — Traité de Chir. *Jalaguier*. — Volvulus de l'S iliaque, t. VI, 1898.

Duroux et Mangini. — Volvulus du colon pelvien. — *Lyon Chir.*, 1912, p. 41-62.

Duval P. — Traitement du méga-colon. — *Rev. de Chir.*, sept. 1909.

Finsterer (Wienne). — Sur le traitement du volvulus de l'anse sigmoïde. — *Zentralblatt für Chir.*, n° 30, juillet 1912.

Ferrari (d'Alger). — *Bull. et Mém. Soc. de Chir.*, Paris, 12 déc. 1925.

Forgue. — Quelques précisions au sujet du volvulus de l'S. iliaque. — *Presse Méd.*, 10 janvier 1920, n° 3.

Frölich. — (Rapport par Broca). — *Bull. et Mém. Soc. de Chir.*, Paris, 15 mai 1901.

Gayet et Patel (Lyon). — Le traitement du méga-colon chez l'adulte. — *Lyon Chir.*, n° 3, 1er mars 1911.

Godart. — Thèse de Paris, 1924. — Anus artificiel.

Gruget. — Deux cas de volvulus du colon pelvien. — *Bull. et Mém. Soc. de Chir.*, Paris, n° 33, 19 déc. 1925.

Guibé. — *Revue de Chirurgie*, 1907.

— Méga-colon congénital, volvulus S. iliaque. — *Presse Méd.*, 10 janvier 1920.

Guimbellot. — (Rapport Alglave). Volvulus de l'S. iliaque. — *Bull. et Mém. Soc. de Chir.*, 15 déc. 1920.

Hartmann. — *Bull. et Mém. Soc. de Chir*, 23 juin 1897.

Hertz. — (Rapport Okinczyc). — *Bull. et Mém. Soc. Chir.*, 29 avril 1925.

Ingebritsen. — Volvulus de l'S iliaque. — *Lyon Chir.*, sept.-oct. 1919, n° 5.

Jaboulay. — Les anus contre nature dans le volvulus. — *Lyon Médical*, 1911.

Jankowski (Riga). — Le volvulus du gros intestin. — *Deutsche Zeit. Schrift für Chir.*, fasc. 1, 4 sept. 1913.

Jeannel. — Du volvulus de l'anse pelvienne et de son traitement. — *Archiv. Méd. de Toulouse*, 15 mai 1910.

Kiwull. — *Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirg.*, 1902, p. 105.

KLINDDT (Copenhague). — Le volvulus de l'anse sigmoïde et son traitement. — *Hospitalstidende*, n° 17 et 18, avril-mai 1914.

LABBÉ et AIZIÈRE. — *Archiv. de Méd. des enfants*, n° 4, avril 1925.

LECÈNE. — Contribution à l'étude du volvulus du gros intestin. — *Rev. de Chir.*, 10 janvier 1910.

— *Bull. et Mém. Soc. Chir. Paris*, 18 mars 1925 (Rapport).

— In Thérapeutique Chirurgicale de Lecène et Leriche, tome III, 1926.

LEFEBURE. — Thèse de Toulouse, janv. 1919. — La chirurgie de la constipation.

LEICHTENSTERN. — Occl. int. — *Ziemssen's Handbuch VII*, p. 2.

LEVEUF. — (Rapp. Mocquot). Volvulus d'un méga-colon pelvien. — *Bull. et Mém. Soc. de Chir. Paris*, n° 21, juin 1925.

LITSCHENKO (Kieff). — *Chirourguia*, t. XXXIII, n° 197, mai 1913, p. 648-662.

LOUBAT. — Volvulus de l'S iliaque. — *Journ. de Méd. de Bordeaux*, n° 19, déc. 1921.

MAKEWIN (Dorpat). — *Saint-Petersburger Medizinische Zeitschrift*, n° 4, fév. 1912.

MAZET. — Thèse de Lyon, 1912. — Les torsions pathologiques du gros intestin et leur traitement chirurgical.

MARCINKOWSKI (Pologne). — Volvulus de l'S. iliaque. — *Przeglad chirurgiez ny i ginekologiczny*, n° 3, nov.-déc. 1910.

MICHELSON. — Sur le traitement du volvulus de l'S iliaque. — *St-Pétersburger Medicin. Wochenschrift*, n° 7, fév. 1911.

MINTZ. — Sur le traitement radical du volvulus de l'S iliaque. — *Soc. Chr. de Moscou*, 27 avril 1910.

MORESTIN. — *Soc. anat. de Paris*, 24 juin 1910, p. 663.

Moure et Aumont. — Volvulus d'un méga-colon pelvien. — *Bull. et Mém. Soc. Chir.*, 13 mai 1925.

Okinczyc. — Sur le volvulus de l'S iliaque. — *Bull. et Mém. Sc. de Chir.*, Paris, oct. 1913.

Patel. — Un cas d'S iliaque mobile avec volvulus incomplet. — *Soc. Chir. de Lyon*, 8 janv. 1914.

— Chirurgie du colon pelvien. — *Arch. malad. de l'app. digestif*, Paris, nov. 1913.

Pauchet. — Volvulus iliaque. Diagnostic et traitement. — *Paris-Médic.*, 1921, mars.

Perlman (Minsk). — Mégasigmoïde. — *Zentralblat für Chir.*, n° 5, janv. 1925.

Porte. — Thèse de Paris, 1913. — Mal. de Hirchprung.

Potain. — *Gaz. Méd. de Paris* 1879, p. 610 à 622.

Roux-Berger. — Méga-colon recto-sigmoïdien tordu ; opération. Guérison. — *Bull. et Mém. Soc. Chir.*, 1er avril 1925.

Samborsky (Ourjoum). — *Chirourgia*, n° 169, janv. 1911.

Spassokoukotzky (Smolensk). — *Roussky Vratch.*, t. VIII, n° 29, juillet 1909.

Stelker (St-Pétersbourg). — *Roussky Vratch.*, 1910, n° 46, p. 168.

Trabut. — Thèse de Montpellier, 1908.

Vernejoul-Ledou. — Un cas de volvulus. — *Gaz. des Hôp.*, n° 37, mars 1914.

Viguier (médecin-major). — Volvulus du colon pelvien (Rap. de Lejars). — *Bull. et Mém. Sc. de Chir. Paris*, juin 1913.

Villette. — Volvulus de l'S. iliaque. — *Journ. des Sc. Méd. de Lille*, 29 janv. 1922, n° 5.

Wahl (Von). — *Arch. für Klin. Chir.*, 1888, t. XXXVIII, Handb. II, p. 223.

Limoges, Imprimerie Commerciale PERLETTE

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE